

MARTA GARCÍA MANGAS

## **TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA DIFERENCIAS ENTRE GENEROS**

El Estudio de los trastornos de la conducta en la infancia es abordado desde un punto de vista multidimensional englobando aspectos conductuales, cognitivos, sociales etc...

Existen numerosas investigaciones sobre la prevalencia de los distintos trastornos en la población infantil. Consideran dos variables de corte fundamentalmente: por un lado; la edad, puesto que está ampliamente estudiado las características singulares del niño en cada período y por tanto todo diagnóstico tiene que atender al marco evolutivo concreto. Y la otra variable de corte es el sexo, es decir se observan diferencias en las prevalencias de dichos trastornos en función de la variable género.

S/ investigaciones realizadas por Kazdin, Bass, Ayers, Rodgers (1990), se ha observado que los trastornos por hiperactividad, trastorno por negativismo desafiante, agresividad etc.... constituyen los problemas más frecuentemente tratados tanto en el ámbito de la práctica como en la clínica (Kazdin 2003) . Destacar que de forma global y atendiendo a la distribución por género, **los niños representan el 65% de los casos tratados.**

Existen una serie de variables que se consideran relevantes de cara a predecir la eficacia del tratamiento. Entre ellas se encuentran el deterioro funcional y el malestar subjetivo, y ya en estas se encuentran ciertas diferencias entre niños y niñas.

### **DETERIORO FUNCIONAL**

Entendiendo deterioro funcional como las consecuencias o impacto de un trastorno o síntoma psicológico en el

funcionamiento de un individuo. **Existe mayor prevalencia de deterioro funcional en niños que en niñas de forma general.** Sin embargo, **los niños presentan mayor deterioro funcional en la escuela que las niñas y en éstas hay tendencia a un mayor deterioro funcional en el ámbito familiar.** (Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costello y Angold,2001)

## MALESTAR SUBJETIVO

El malestar subjetivo hace referencia a la vivencia personal de la molestia, desagrado, incomodidad o dolor que provocan los síntomas psicológicos. El 63% de los niños informan de malestar significativo a causa de algún síntoma o trastorno psicológico. De estas cifras se desprenden que no todos los trastornos cursan con malestar. Las **niñas informan de más malestar que los niños** y éste es mayor también en adolescentes que en niños. (Ezpeleta y Doménech,2005)

A continuación, expondremos algunos de los trastornos más comunes en la infancia/adolescencia y en los que hemos encontrado algunos datos relevantes que pasamos a detallar a continuación:

## MIEDOS INFANTILES Y FOBIAS ESPECÍFICAS

Los miedos infantiles son muy comunes. Entre el 30-50% de la población infantil presenta uno o más miedos intensos (Dong, Yang, Ollendick, 1994)

Los niños presentan más miedos que los adolescentes. La pauta evolutiva de los miedos infantiles es, en líneas generales, el debilitamiento de los miedos físicos y el acrecentamiento de los miedos sociales con la edad. Durante la etapa infantil aparecen los miedos a animales, oscuridad, heridas, separación de los padres, personas disfrazadas, catástrofes naturales (terremotos...).

En los primeros años de enseñanza primaria surgen y/o se intensifican los miedos a seres fantásticos como brujas, ogros... tormentas, soledad... En la preadolescencia los miedos alcanzan su cenit incidiendo su disminución a partir de la pubertad; en este período destacan el miedo a las enfermedades, a las desavenencias de los padres y al ridículo. Finalmente, los miedos característicos de los adolescentes se refieren a cambios en su apariencia física, a las relaciones interpersonales, pérdida de autoestima o fracaso escolar.

El trastorno de ansiedad más común en la infancia es la fobia específica sobre todo animal. Excepto las fobias situaciones y a las alturas, la mayoría de las fobias se inician en la infancia. (Méndez, Inglés, Hidalgo, G<sup>a</sup>-Fdez. y Quiles, 2003)

**Un hallazgo consistente en la investigación sobre miedos y fobias es su mayor frecuencia en el género femenino (Méndez ,2005)**

## ANSIEDAD INFANTIL

- TRANSTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

Durante la infancia temprana (6 meses), el menor desarrolla un temor a la ausencia de la persona ligada afectivamente y esto supone un mecanismo de protección frente a los peligros del entorno. Sin embargo, si dicha ansiedad es desproporcionada de acuerdo al desarrollo evolutivo del niño se considera un trastorno. La edad media en la que los niños desarrollan este trastorno es alrededor de los 9 años. (Echeburúa, 198)

- TRANSTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Es el más frecuente tras la ansiedad por separación. La edad media de los niños que lo padecen es de 13 años y **su incidencia similar en ambos sexos** (Echeburúa, 1998)

- TRANSTORNO DE PÁNICO

Presencia recurrente de ataques de pánico que duran minutos u horas con síntomas aversivos como: palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, mareo, parestesias, escalofríos etc....

**El trastorno es más frecuente en niñas que en niños** y su prevalencia es baja a edades tempranas, observándose una prevalencia general en los adolescentes del 1%. (Lewinsohn, Hops, Roberts, Secley y Andrews, 1993).

- TRANSTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO

Se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, sensaciones...) – compulsiones (conductas repetitivas). Las compulsiones son respuestas que el niño necesita realizar para escapar de la ansiedad que le genera la obsesión.

A pesar de ser un trastorno poco frecuente en la infancia, su severidad es similar a la observada en la población adulta. **Respecto a la incidencia parece ser mayor en niños que en niñas.** (Méndez, 2005)

- TRANSTORNO POR ESTRÉS POS TRAUMÁTICO

Se produce como consecuencia de la exposición del niño a una situación estresante y extremadamente traumático: desastres naturales, accidentes aéreos o automovilísticos, incendios, violencia, agresiones sexuales etc....

Su prevalencia dependerá lógicamente de la ocurrencia de sucesos traumáticos; sin embargo sí que se tiene el dato de que el 74% de los niños directamente expuestos a una experiencia traumática catorce meses después han sufrido este trastorno (Nader, Pynoos, Fairbancks y Frederick, 1990)

## DEPRESION

Tanto en España como en los países industrializados la prevalencia del trastorno depresivo mayor oscila entre el 1% y el 3%, mientras que la prevalencia del trastorno distímico fluctúa entre el 4% y el 7% y estas cifras ascienden paulatinamente con la edad hasta que alcanzan los porcentajes de la adolescencia (Doménech y Polina, 1990).

**A medida que se alcanza la adolescencia, la prevalencia de los trastornos depresivos empieza a ser más alta entre las chicas que entre los chicos, mientras que por debajo de los 12 años, no se observan prácticamente diferencias entre sexos.**

Para cuantificar la gravedad de la sintomatología depresiva se utilizan escalas, cuestionarios o inventarios de síntomas. El CDI (Children's Depression Inventory) es el más utilizado tanto en España como a nivel internacional. Su adaptación española (Inventario de depresión infantil) presenta unos índices de fiabilidad y validez adecuados así como **baremos en función del sexo** y la edad del niño o adolescente (Kovas, 2004)

## TICS Y HÁBITOS NERVIOSOS

Los tics están presentes en todas las razas, culturas y clases sociales; **y son más prevalentes en niños que en niñas** (APA, 2000; Bados 1995; Miltenberger y Woods, 2001).

## TRANSTORNOS DE ELIMINACION ENURESIS/ENCOPRESIS

El control vesical es una habilidad que se adquiere de forma progresiva entre los 3 y 5 años de edad, **Con 3 años algo más de 82% de las niñas y el 75% de los niños controlan su vejiga de día y de noche. A los 5 años,**

**ese control ascendía al 81,5% en varones y el 88% en niñas.**

La ENURESIS hace referencia a la emisión repetida de orina en la cama, en la ropa o lugares inadecuados en niños mayores de 5 años.

En diversos trabajos que han estudiado la prevalencia de enuresis en la población española; **la proporción de casos es siempre mayor en los varones que en las niñas.**

(Brado,1990; Sanchez y cols,1983; Font,1985, García, 1987).

En cuanto a la ENCOPRESIS, emisión repetida de heces en la ropa o en lugares inadecuados, en niños mayores de 4 años, sin que exista una causa orgánica que los justifique.

La prevalencia en el total de la población infantil es muy inferior a la enuresis, entre un 1,5 y 5,7%. **La proporción es siempre muy superior en los varones que en las niñas** y va disminuyendo con la edad, siendo un problema prácticamente inexistente en la adolescencia.

## TRANSTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

**TRANSTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE:** Patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por los menos 6 meses.

**TRANSTORNO DISOCIAL:** Un patrón repetitivo y persistente en que se violan los derechos básicos de otras personas y o normas propias de la edad del sujeto, manifestándose en conductas como agresiones a personas o animales, destrucción de propiedad, robos, actos fraudulentos y violaciones graves de las normas.

Más de la mitad de las consultas clínicas que se realizan en las unidades de salud mental infanto-juvenil en España son

por trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial. La prevalencia se estima entre el 2 y el 16% según distintas investigaciones. En un reciente estudio se sitúa en el 11% (Andrés, Catala. Gomez-Beneyto,1999) y su frecuencia aumenta en función de la edad.

Existe un consenso entre los distintos autores al considerar estos trastornos son **tres veces más frecuentes en chicos que en chicas**. Aunque estas diferencias tienden a disminuir, apreciándose **menos diferencias entre sexos en la adolescencia**. (Moreno y Revuelta, 2002)

## TDAH: TRANSTORNO DE DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

Este trastorno represente un importante problema social por su alta incidencia en la población infantil aunque sus datos de prevalencia son muy dispares. Según APA (2002) los datos medios la sitúan en el 5%.

**Los ratios niños/niñas en la población infantil son de 4/1, pero en el ambiente clínico puede ser 20/1. Es decir, las niñas tienden a pasar desapercibidas en el colegio y a ser evaluadas a la baja porque sus síntomas, menos relacionados con el exceso de movilidad, no resultan tan molestos para los adultos. De hecho, cuando se da este cuadro clínico, el fracaso escolar de las niñas se atribuye más a falta de voluntad o a vagancia que a un problema de déficit de atención.**

## CONCLUSIONES

Tenemos que entender que las conclusiones de las investigaciones sobre prevalencias en las poblaciones de determinadas enfermedades no son azarosas. Es decir, cuando se trabaja con el método científico se recaban datos, se elaboran hipótesis que luego se contrastan y se

analizan los datos con estadísticos que garantizan un cierto grado de fiabilidad y validez; para luego llegar a las conclusiones como las expuestas en los puntos anteriores.

Los resultados que se obtienen sobre las diferencias entre sexos no son por casualidad; sino que **se contempla de entrada la hipótesis de que puede haber diferencias según estas variables.**

Una vez se analizan estos datos, con el rigor metodológico que requiere una investigación, en ocasiones, se confirman estas hipótesis encontrándose diferencias por razón de sexo y/o edad y en otras se confirma la hipótesis alternativa, es decir, que no existen diferencias.

Por otro lado, en algunas medidas de evaluación como cuestionarios, escalas... existen distintos baremos para niños que para niñas. Por qué? Porque para medir la normalidad/anormalidad se comparan los datos obtenidos con los estándar de su grupo de referencia. Estos datos en ocasiones son diferentes para los niños y para las niñas; de igual modo que son diferentes para las distintas edades.

Si sobre incidencia de los trastornos en la población infantil consideran la variable género con el mismo peso que puede tener la variable edad; quizá esto nos pueda hacer pensar que la educación diferenciada por sexos pudiera tener el mismo sentido que diferenciada por edades. Es decir, si separamos a los niños por edades atendiendo a un criterio de +/- ciclo evolutivo y madurativo; entonces quizá no tengamos que tener en cuenta sólo su edad sino también su género.

Marta García Mangas  
Febrero 2010